RÉGIME LOCAL

Thèse présentée pour le doctorat de l'Université de Strasbourg
(Mention: Médecine)

ANNÉE 1923 № 5

THÈSE

présentée pour

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

par

ALICE LEVY
médecin
née le 14 septembre 1899 à Wissembourg (Bas-Rhin)

UN CAS D'ALEXIE

Président: Mr PFERSDORFF, Professeur.

WISSEMBOURG
Imprimerie R. Ackermann
1923

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR M. HENRY

UN CAS D'ALEXIE

RÉGIME LOCAL

Thèse présentée pour le doctorat de l'Université de Strasbourg
(Mention: Médecine)

ANNÉE 1923 № 5

THÈSE

présentée pour

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

par

ALICE LEVY
médecin
née le 14 septembre 1899 à Wissembourg (Bas-Rhin)

UN CAS D'ALEXIE

Président: Mr PFERSDORFF, Professeur.

WISSEMBOURG
Imprimerie R. Ackermann
1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Doyen	MM.	WEISS O. ✠ ✠ I.
Assesseur		CHAVIGNY O. ✠ ✠ I.

Professeurs

Embryologie	MM.	ANCEL ✠ ✠ I.
Anatomie		FORSTER ✠ A.
Histologie		BOUIN ✠ ✠ I.
Physiologie		N . . .
Physique biologique . . .		WEISS O. ✠ ✠ I.
Chimie biologique . . .		NICLOUX ✠ I.
Anatomie pathologique . .		MASSON ✠ A.
Pharmacologie et Médecine expérimentale		AMBARD ✠ A.
Hygiène et Bactériologie .		BORREL O. ✠ ✠ I.
Médecine légale		CHAVIGNY O. ✠ ✠ I.
Clinique médicale . . .		BARD O. ✠ ✠ I BLUM Léon ✠ ✠ A.
Clinique chirurgicale . .		SENCERT O. ✠ ✠ I. STOLZ ✠ ✠ A.
Clinique ophtalmologique .		DUVERGER ✠ A.
Clinique dermatologique .		PAUTRIER ✠ ✠ A.
Clinique psychiatrique . .		PFERSDORFF ✠ A.
Clinique neurologique . .		BARRÉ ✠ ✠ A.
Clinique oto-rhino-laryngologique		N . . .
Clinique gynécologique et accouchements		SCHICKELÉ ✠ A.

Chargés de cours :

MM. ARON Max ✠ A.	MM. KELLER ✠ A.
BELLOCQ ✠ A.	LICKTEIG ✠ A.
BLUM (Paul) ✠ ✠ I.	WEILL ✠ A.
CANUYT	REEB ✠ A.
GELMA ✠ A.	ROHMER ✠ A.
GÉRY ✠ A.	SCHÆFFER ✠ A.
BOEZ	SCHWARTZ ✠ A.
GUNSETT ✠ A.	VAUCHER ✠ A.
HANNS ✠ ✠ A.	FONTÈS
HUGEL ✠ A.	HUMBERT ✠ A.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR
CHARLES PFERSDORFF
Directeur de la Clinique psychiatrique de l'Université de Strasbourg

A

à qui je dois l'idée de ce travail et auquel je reste profondément reconnaissante pour la bienveillance avec laquelle il m'a aidé à le réaliser.

UN CAS D'ALEXIE.

Il s'agit d'une institutrice Mathilde B. qui, le 14 VIII. 1911, à l'âge de 34 ans, se présente pour la première fois à la policlinique psychiatrique à Strasbourg. A ce moment elle se plaint de troubles d'amnésie et d'une diminution de ses capacités intellectuelles. Elle prétend avoir eu souvent des indigestions et souffre en outre d'insomnie et de pituites matinales. Enfin elle ressent des fourmillements dans les mains et des bourdonnements d'oreilles.

A l'examen, on constate qu'elle est extrêmement nerveuse. Il y a souvent des mots qu'elle ne peut lire dans les observations qu'elle a écrites elle-même. A ce moment elle présente un léger goître. Le cœur est normal, sauf une légère tachycardie. Les reflexes rotuliens sont exagérés, il n'y a pas de clonus, le reflexe de la cornée est positif, il n'y a pas de tremblement. On constate de l'anémie.

Au mois de juin 1912, son état s'étant aggravé, elle se présente pour la seconde fois à la policlinique psychiatrique. Les vomissements ont augmenté, son acuité visuelle a baissé énormément et elle se plaint de violentes céphalées. Elle ne peut plus lire, se trouve dans un état d'excitation très grande et présente de l'interprétation délirante; en outre elle présente de l'amnésie aussi bien pour des faits récents que pour des événements qui se sont produits quelques mois auparavant. Le goître et la tachycardie persistent, enfin, fait nouveau, on note du tremblement. On constate aussi une hémiparésie droite.

A cause des vomissements, des maux de tête et de la diminution de son acuité visuelle, on envoie la malade à la clinique ophtalmologique, le 21 VI. 1912, où l'on

pose le diagnostic de tumeur cérébrale en se basant sur les symptômes suivants:

Stase papillaire bilatérale accentuée

à l'œil droit V = 5/50

à l'œil gauche V = 5/15

on ne peut pas examiner le champ visuel à cause de la faiblesse de la malade. On pense pourtant à une hémianopsie.

Après avoir posé le diagnostic de tumeur cérébrale avec forte hypertension intracranienne, stase papillaire et diminution sensible de l'acuité visuelle, on a pratiqué une trépanation décompressive. Se basant sur la coexistance de l'alexie, on a considéré comme très vraisemblable l'existence d'une tumeur dans la région du pli courbe gauche. C'est pourquoi, le 9 XII. 1912, on a ouvert la boîte cranienne en suivant les repères habituels pour la découverte de cette région. On a constaté un kyste tout près du pli courbe, situé dans le cortex, de la grandeur d'une noix. On a fendu le kyste; il s'est écoulé un liquide visqueux et filant d'une couleur ambre-jaune. L'énucléation n'a pas été possible.

Après l'opération la malade se trouve dans un bon état général. Subjectivement, son acuité visuelle ne s'est guère améliorée. La malade se plaint de voir des nuages devant les yeux. On la renvoie à l'ophtalmologie, le 15 I. 1913, où l'on constate une stase papillaire en voie de régression et une hémianopsie homonyme droite. La réaction à la lumière directe et consensuelle est positive des deux côtés.

Oeil droit V = 3/60.

La papille fait encore une saillie bien perceptible du côté nasal, elle est pâle du côté temporal. Ses

limites sont effacées. Les veines sont sensiblement tortueuses. Par un examen rapide on constate un scotome temporal.

Oeil gauche V = 1/50,

perte du champ visuel du côté nasal. Le reste, comme à droite.

Le 13 II. 1913, la malade se fait examiner de nouveau à la clinique ophtalmologique. Il y a diminution de la stase papillaire des deux côtés. Les veines sont encore tortueuses. Pas de changement de l'acuité visuelle.

La malade rentre chez elle pour revenir le 14 IV. 1914, où l'on trouve à l'examen ophtalmologique :

Oeil droit V = 5/50 + 2 D

Nieden N° 3 à 10 cm.

Oeil gauche V = 1/30.

Atrophie bilatérale du nerf optique. La limite papillaire nasale est encore difficilement visible des deux côtés. Hémianopsie homonyme droite. Le rouge n'est pas reconnu ou apparait en brun.

Six ans après, le 11 X. 1920, la malade se présente de nouveau parce qu'elle sent que le bras droit et la jambe gauche deviennent plus faibles.

Elle est examinée à la clinique ophtalmologique le 13 X. 1920.

Pupilles égales, réagissant lentement à la lumière, convergence positive. Après examen prolongé, la pupille droite, dilatée au maximum, reste sans réaction.

Oeil gauche V = 1/18

Oeil droit V = 5/60 environ.

Examen du fond de l'œil droit :

Papille à contours flous, de teinte blanc-grisâtre du côté nasal, où elle paraît légèrement surélevée. Veines tortueuses, peu dilatées.

Examen du fond de l'œil gauche :

Papille de couleur blanc-grisâtre, contours flous du côté nasal, pas de grande différence de niveau. Vaisseaux

à peu près normaux. Du côté droit comme du côté gauche, on ne note pas de phénomènes de compression.

A cette époque, le 12 X. 1920, on fait aussi un examen psychiatrique de la malade.

Démonstration d'images

bœufs — ce sont des chevaux, ce sont des animaux, je vois les quatre pattes, je vois la tête, ce sont des vaches. Mon œil voit d'abord le foncé. Quand j'ai dit que c'étaient des chevaux, je n'en n'étais pas sûre.

sermon en plein air — c'est un homme; voilà deux personnes qui sont assises Il y a encore d'autres personnes assises.

le tout? — peut-être on photographie quelqu'un.

Dénomination d'objets isolés

œil +
nez +
dents +
main +
poing +
pied +
bambin +
soldat +
chapeau en main +
capucin +
religieuse +

à partir de cette réaction, la malade commence à réfléchir plus longtemps: „je suis déjà un peu fatiguée".

brancard +
marmiton +

Démonstration d'images

garçon — il a des bouteilles, il donne à boire, un sommelier.

cuisinière — c'est une marchande de légumes.

ramoneur +

vendeuse — c'est un ouvrier, il a une table devant lui ; c'est une femme, c'est une table avec des fruits, c'est une fruitière.

marchand — c'est une espèce de boutique qui est à couvert, c'est une table, c'est un homme qui vend quelque chose ; il a des tablettes posées là-dessus, mais pas de chocolat.

étudiants — deux hommes, c'est un soldat, il a des pantalons en cuir jaune, des bottes.

gamin — c'est une roue, quelqu'un qui pousse une roue.

tonnelier — quelqu'un qui fait un tonneau. En allemand Küfer, tonnelier.

jardinier +

Choix de couleurs

jaune +

bleu — rouge ; ce n'est pas gris, ni bleu, ce n'est pas un beau bleu.

rouge — ceci me paraît plus foncé, c'est brun, mais pas foncé.

rouge ? — Ça pourrait l'être, mais ce n'est pas un rouge non plus qui me saute aux yeux.

vert — brun, gris-brun, je ne vois pas que c'est vert.

bleu — quand une couleur est isolée, je distingue mieux.

rouge — c'est rouge, moins clair que le rouge imprimé (juste).

vert — je ne sais pas.

Le vert plus clair est rapproché du rouge par la malade.

jaune — vert-jaune.

outremer — noir-bleu.

vert foncé — vert-noir, puisque vous aviez dit épinard.
noir — noir-bleu? il y a du rouge là-dedans; en réfléchissant longtemps quelques fois celà me vient.
bleu clair avec violet — c'est gris et blanc.

Choix entre plusieurs couleurs nommées

rouge +
bleu +
vert +

Couleurs d'une image
(Bara de Henner)

La malade tourne l'image: „Je vois mieux comme cela, une jambe est trop longue, c'est d'un autre corps, c'est . . .“

bleu du tableau — reconnu.
couleur du corps — couleur chair.
tête d'enfant — une blonde, une jeune fille qui a un nœud bleu dans les cheveux.
ceci est blanc (juste).
ceci est violet (juste)
champ en fleurs —
bleu +
vert +
rouge — gris.

La malade dit spontanément: „Le blanc et le noir me frappent plus vite que le bleu et le jaune“

Images dessinées

porc +
maison +
lapin — lièvre
fourneau +
homme au tonneau +
poisson +
loup +

homme avec échelle +
église +
fleur +
cheval +
hérissons +
chasseur — homme.

Lecture

lettres isolées +
texte :
(Ehe noch die Küste hervortritt, bemerkt man ein Aufbrausen sich gegenseitig durchschneidender und überschäumender Wellen).

Elle lit: Ehe — noch — die Küste ..... hervortritt ..... bemerkt ..... man ..... eine ..... auf brau sen ..... sich gegenseitig durchschneidender über ..... übermensch überschen überschäumender „aha, il ne faut pas faire trop vite“ Wellen.

Epeler

Schirmeck +
Constantinople +
Regensburg ;
Kellermann +

Dessiner d'après un modèle

Les dessins sont exacts, excepté la tête d'un homme pour laquelle la malade fait un trait assez bizarre, puis cesse.

Ecriture sous le contrôle des yeux

Elle écrit avec de grosses lettres qui sont dirigées vers le côté droit, sans faute, sauf pour son prénom qu'elle écrit „Mathildde“.

Ecriture sans le contrôle des yeux

Ressemble beaucoup à l'écriture précédente; même grandeur des lettres et même direction.

Jeu de cubes

Commencement 11^{15} heures
fin 12^{00} heures.

On demande à la malade de réunir une douzaine de cubes sur les faces desquels sont collés des fragments d'une image, de façon que cette image soit reconstituée. — La malade a réuni deux parties de l'image correctement, mais elle les laisse séparées, bien qu'elle n'ait besoin que de rapprocher avec les mains les deux parties.

On continue l'examen de la malade deux jours après, le 14 X. 1920,

Orientation

dans le temps +

Mémoire optique

Quelle couleur a :

fraise — couleur chair
ramoneur — noir
pomme de pin — brun
neige — blanc
arc-en-ciel — rouge, jaune, bleu, orange, citron Je ne sais pas comme elles se suivent.
lune — jaune comme le soleil, mais plus mat.
saucisse — rouge, mais pas rouge criard, couleur .....
digitale — rouge pourpre avec de petites taches.
marguerites — plusieurs feuilles blanches, le milieu est doré.
papier des pains de sucre — gros bleu.
cerises — blanc, noir et rouge.
culottes de soldats — rouge vif.

La malade dit d'elle-même: „Quand je rêve, je vois très bien les couleurs, mieux qu'en réalité; je me dis alors que je verrai de nouveau".

Choix de couleurs

bleu +
jaune +

vert foncé — brun, (corrigé après comparaison avec une étoffe brune).
vert clair — vert, maintenant je le saurais par la mémoire, mais non par les yeux.
jaune — vert clair ou jaune, c'est....
rouge — rouge, c'est à dire je reconnais le coton que j'avais en main hier.
carton rouge — c'est bleu.
blanc +
outremer — c'est noir-bleu.
gris-bleu — gris-blanc.
noir +
Elle distingue très bien les nuances d'ombre.

Choix entre plusieurs couleurs nommées

vert +
bleu +
noir +
jaune +
blanc +
noir-bleu +
gris-bleu +
rouge +
vert foncé +

Après, elle raconte: „Le jaune, le bleu et le blanc sont plus sûrs, là les noms me viennent toujours. Le vert est toujours brun pour moi.“

Démonstration d'images

enclume +
fer à cheval +
marteau +
vis +
tenailles +
pince +
lime +
vilebrequin +
tigre +

chevaux +
vache +
bœufs +
maison +
bicyclette +
poire +
pomme +
quetsches +
carottes +
radis +
pommes de terre +
truites +
lion +
taupe +
chat +
hérisson +
Zeppelin +
avion —
auto +

Lecture

texte :

(Unter allen Völkerschaften haben die Griechen den Traum des .....)

Elle lit : Unter allen Völkerschaften — — haben — „Voilà une lettre que je ne reconnais pas, lors-même que je la vois ; je puis l'écrire du doigt, je sais que c'est une lettre

i — il y a un point dessus ; c'est e, non, avec un point c'est i. Cela me revient par la reflexion, pas par la vue, j'ai remarqué cela moi-même".

lettres isolées :

W + D +
5 — je ne sais pas ; la malade écrit du doigt et dit : c'est cinq.
O — o ou zéro.

a +
e +
i +
s + } Grashey + (ist)
t +

Reproduction de textes lus par la malade

Elle n'est pas tout à fait exacte; ex.: substitution de trank Gift par ging in's Wasser.

Productions acoustiques

La malade confond Bleí avec klein: „Quelques fois j'entends mal, je ne comprends pas une syllabe; j'entends le son, mais je ne saisis pas. Ceci m'empêche quelquefois de comprendre une phrase; je prie alors les gens de la répéter. Momentan fasse ich manchmal nicht auf, aber nur ein Wort oder eine Silbe.“ Si l'on parle fort, elle comprend mieux. „Je ne peux pas tout reproduire mot à mot, mais le sens subsiste, s'il n'y a pas trop à reproduire à la fois“.

Ecriture avec le pied

correcte avec les deux pieds.

Répétition de mots prononcés

sans sens:

Kirkilisse +
Assurbanipal +
Domodossola +
Tehuantepec +

avec sens: pas très bien.

Rimes

Herz — Scherz, Lenz..... März.
Aal — Mal, Saal, Mahl, Qual.
Land — Tand, Land, Kant, Rand, Band, Helgoland

Formation de mots composés

Zimmer — Türzimmer
Vorzimmer
Schlafzimmer
Esszimmer
Wasser — Trinkwasser
Weihwasser
Salzwasser
Zuckerwasser
Essigwasser
Süsswasser
Meerwasser.

Composition des phrases

correcte.

Associations

Weihnachten — la soupe, le bon dîner (la malade a faim).
Sonntag — les robes de dimanche, un beau chapeau.
Winter — Schneemäntel, Pelze, Schlittschuhlaufen, Eis.
See — nacelle, promenades, regarder les poissons.
Schüler — un tas de bambins qui vous fâchent.
Vater — un bon papa, qui aime bien ses enfants.
Tisch — de belles tables en chêne.
Kopf — ah, les pauvres têtes, qui sont bien à plaindre.
Tinte — langue, langue bleue, Tintenstift.
Nadel — il y a toute sorte (énumération).

Troisième jour de l'examen, le 19 X. 1920.

Lecture

texte :

(Mit dem Wissen wächst der Zweifel).

Elle lit: Mit dem Wissen m w alors c h s möcht den der Zw — c'est comme w — — — Zweifel.

texte :

(Ni le soleil ni la mort ne se peuvent).

Elle lit : Ni le so leil ni la m o r t ni la mort.

texte :

(Nous avons tous assez de force pour supporter les maux d'autrui).

Elle lit : Nous a vons t ous assez de f o r t e fo r c e, de force pour supporter les maux d'a n, u d'au t r ui.

texte :

(Die Schwierigkeiten wachsen, je).

Elle lit : Die S ch wie rig ke iten wachsen je.

Dessiner d'après modèle

La malade copie tout sans faute.

Reproduction de textes qu'on a lus à la malade

Elle dit Wasserleitung au lieu de Wasserbauverwaltung, bekannt au lieu de unbekannt. — La malade se rappelle les textes lus quatre jours auparavant. —

Quatrième jour de l'examen, le 21 X. 1920.

Choix entre plusieurs couleurs nommées

rouge +
jaune +
bleu +
vert — rouge, je ne suis pas sûre.

On lui montre le groupe des verts, elle en montre un et dit : „ceci ressemble déjà au rouge."

Praxie

Pas d'apraxie idéatoire.
„ „ mélokinétique.
„ „ symétrique.

Lecture

Texte :

(Ceux qui s'appliquent trop aux petites choses, deviennent ordinairement incapables des grandes).

Elle lit : Ceux qui s' appliquent trop aux pe t i t es choses d o i vent o r d i nairement i, c'est un n je crois, c'est i, c'est c, c'est in capable.

mots sans sens :

assurbanipal — a ssu — assu — b a — ba — ni p a l — pal —

lisez le mot en entier — Assubanipal

mandragora — man dra go ra mandragora

abamantur — a ba man tur abamantur

Reproduction de textes qu'on a lus à la malade

La malade dit Diebstahl au lieu de Vatermord. Pourquoi avez-vous dit Diebstahl ?

„Je ne pense pas au sens, je ne pense qu'à répéter les mots".

Deux ans après, le 16 X. 1922 la malade revient pour se faire réexaminer.

A la clinique ophtalmologique on constate :

Fente palpébrale droite plus petite que la gauche. Tremblement clonique des paupières à droite.

Pupille droite plus grande que la gauche. Reflexe pupillaire direct, consensuel et à la convergence parfois positif, parfois nul — l'hémianopsie ne paraît pas être la cause de ces variations.

Fond de l'œil : papille : bord légèrement flou. Couleur de la papille gris-blanche. Pas de différence de niveau avec la région péripapillaire. Vaisseaux : artères minces, non tortueuses, veines très tortueuses. Aucun exsudat inorganisé sur la papille. Il existe un anneau péripapillaire dépigmenté et d'aspect légèrement sale (séquelle de l'œdème par stase papillaire ?). L'aspect

du fond des deux yeux est le même, sauf que les veines de l'œil gauche sont moins tortueuses qu'à droite.

Oeil droit V (sans verre) = 5/50
Oeil gauche V „ „ = 1/20.

Vision de près
avec + 2, 5 D elle lit les chiffres, couvrant un carré d'environ 3/3 mm, à 20 cm.

Champ visuel: Hémianopsie droite, rétrécissement et troubles de la perception des couleurs dans le champ visuel subsistant (voir fig. 1).

Oeil droit: Elle dit jaune pour vert, mais reconnaît la couleur par comparaison. Perception purement maculaire. Le rouge n'est pas nettement reconnu, pas même par comparaison. Pour la couleur bleue, perception limitée à la région maculaire et périmaculaire.

Oeil gauche: Vert nettement reconnu; perception purement maculaire. Le rouge n'est pas nettement perçu, mais pourtant mieux qu'à droite.

Bleu — perception maculaire et périmaculaire. Cette dernière est un peu plus étendue qu'à droite.

Examen psychiatrique, le 15 X. 1922.

La malade craint la fatigue et l'indigestion.

Elle remarque qu'elle a une mauvaise vue et une mauvaise mémoire: elle se rappelle bien les choses, mais pas les noms propres.

Orientation

dans l'espace —

Démonstration d'images

Tout va bien, excepté:
canon — revolver.
mitre d'évêque — elle énumère d'abord les détails, puis elle trouve le mot juste.

Calcul

$7 \times 3 = 21$

Récitation de poésies

„Der Sänger“ de Gœthe est récité sans faute.

Dénomination d'objets isolés

correcte.

Choix de couleurs

vert — brun
rouge — un autre brun
bleu foncé — noir
bleu clair — bleu
vert — brun clair

Choix entre plusieurs couleurs nommées

jaune +
bleu +
rouge +
vert +
violet +

Images dessinées

Interprétations exactes.

Lecture

lettres isolées:

La lecture se fait sans faute, mais la malade lit mieux quand les caractères sont plus grands.

mots avec sens:

Elle montre une certaine difficulté à se représenter le mot; elle lit en épelant; puis elle compose le mot: Mulhouse — M u l h o u s e, Mulhouse.

texte:

(In der Pflanzenwelt allein sind Alter und Ausdruck stets sich erneuernder Kraft miteinander gepaart).

Elle lit: In der Pflan zen welt al lein allein sind Alter und Aus — b — d — druck Ausdruck. „Parfois je ne sais pas si c'est un d ou un b“.

Epeler

Lorraine +
Constantinople +
Méditerranée +
Héliotrope +
Archevêque +

Dessins d'après modèle

exacts.

Ecriture sans le contrôle des yeux

Elle s'effectue sans faute.

Un dernier examen a été fait le 18 X. 1922.

Le goître persiste encore, mais la tachycardie et le tremblement ont disparu. Pas d'exophtalmie. Elle cligne très souvent des paupières. —

Sur tout le côté droit la sensibilité superficielle et la sensibilité thermique sont diminuées.

En outre elle a constaté un changement dans son caractère depuis l'opération : son esprit rancunier a augmenté, elle est devenue très susceptible.

En résumé nous trouvons les faits suivants:

Avant l'opération, la malade a présenté une alexie complète avec hémianopsie probable. Un examen approfondi a été impossible en raison des violentes céphalées, de l'état de fatigue de la malade et de sa grande faiblesse. Pourtant, elle a bien pu s'expliquer et elle a bien compris la conversation que l'on entretenait avec elle.

Ce n'est qu'en 1920 et 1922 que l'on a l'occasion d'examiner la malade d'une manière plus approfondie. A cette époque elle ne présente pas non plus de difficultés pour la conversation.

Les automatismes sont bien exécutés: elle récite sans faute une poésie.

Elle épelle toujours bien.

Les mots prononcés sans sens sont toujours répétés sans faute. Si au contraire elle doit répéter des mots avec sens, il se présente une légère difficulté.

Les associations ne présentent rien de particulier.

Ce n'est qu'en faisant dénommer des couleurs par la malade que l'on découvre une fonction lésée.

Le premier jour de l'examen, c'est-à-dire le 12 X. 1920, elle présente les symptômes suivants en lui montrant de la laine de couleur différente:

Le jaune est tout de suite reconnu. Le bleu est considéré d'abord comme rouge; ensuite elle se corrige spontanément: „Ce n'est pas gris ni bleu, ce n'est pas un beau bleu.“ Pour la couleur rouge qui vient après le bleu, elle dit: „Ceci me paraît plus foncé, c'est brun, mais pas foncé.“ On lui demande si c'est rouge et elle répond: „ça pourrait l'être, mais ce n'est pas un rouge non plus qui me saute aux yeux.“ Le vert est pour elle brun ou gris-brun. Ensuite on

lui montre un bleu et un rouge qu'elle reconnaît et un vert quelle ne reconnaît pas du tout. Le vert plus clair est rapproché du rouge par la malade, le jaune est vert-jaune, l'outremer est noir-bleu, le vert foncé est vert-noir. En regardant la couleur noire, elle dit: „noir-bleu, il y a du rouge là-dedans, en réfléchissant longtemps, quelquefois cela me vient.“ Le bleu clair avec le violet est considéré comme gris avec blanc.

Elle prétend qu'une couleur isolée est plus facile à distinguer que plusieurs couleurs ensemble et que son œil voit d'abord le foncé.

En résumé, on voit que le jaune, un rouge, l'outremer, le vert foncé et le noir sont mieux reconnus que les autres couleurs.

Deux jours après, le 14 X. 1920, le bleu, le jaune, le blanc, l'outremer et le noir sont tout de suite bien dénommés. Elle confond le vert foncé avec le brun, mais elle se corrige après comparaison avec une étoffe brune. En voyant le vert clair elle dit: „C'est du vert,“ mais se reprend quelque temps après en disant: „Maintenant je le saurais par la mémoire, mais pas par les yeux.“ Pour le rouge elle trouve le terme exact de la même façon: „Je reconnais le coton que j'avais en main hier.“ Pour le jaune elle dit vert clair ou jaune, un carton rouge est bleu et le gris-bleu est gris-blanc. Ce jour-là elle distingue très bien les différences dans les teintes.

Elle n'a donc aucune difficulté à reconnaître les couleurs bleu, jaune, blanc, outremer et noir.

Du reste elle dit spontanément: „Le jaune, le bleu et le blanc sont plus sûrs, là les noms me viennent toujours. Le vert est toujours brun pour moi.“

Elle est examinée une dernière fois pour ces divers troubles le 15 X. 1922.

Elle prend le vert pour un brun et le rouge pour un autre brun. Le bleu foncé lui paraît noir, le bleu clair bleu et le vert brun clair.

Le 16 X. 1922 on a fait un examen complet des yeux à la clinique ophtalmologique. Pour les couleurs elle a présenté les troubles suivants (voir fig. 1):

Oeil droit:

Elle prend le jaune pour le vert, mais elle reconnaît la couleur en la comparant. La perception est purement maculaire. Le rouge n'est pas nettement reconnu, même par comparaison. Pour le bleu il y a perception limitée à la région maculaire et périmaculaire.

Oeil gauche:

Le vert est nettement reconnu par perception purement maculaire. Le rouge n'est pas nettement perçu, mais pourtant mieux qu'à droite. Pour le bleu: perception maculaire et périmaculaire. Cette dernière un peu plus étendue qu'à droite.

Si l'on compare les réponses de la malade pendant ces examens, on peut tout au plus dire que la dénomination des couleurs montrées varie, mais que ce sont surtout les couleurs rouge, bleu et vert qui sont le plus souvent méconnues. On n'observe ni aggravation, ni amélioration d'un examen à l'autre.

Pour ce qui concerne la dénomination des images, on remarque les troubles suivants: Le 12 X. 1920 on montre à la malade des bœufs; elle dit: „Ce sont des chevaux, ce sont des animaux, je vois les quatre pattes, je vois la tête, ce sont des vaches" On lui montre l'image d'un garçon, elle dit: „Il a des bouteilles, il donne à boire, un sommelier." Devant l'image de la vendeuse elle s'écrie: „C'est un ouvrier, il a une table devant lui, c'est une femme, c'est une table avec des fruits, c'est une fruitière." L'image du marchand provoque la réponse: „C'est une espèce de boutique qui est à couvert, c'est une table, c'est un homme qui vend quelque chose, il a des tablettes posées là-dessus. Pour l'image d'un gamin elle dit: „C'est une roue, quelqu'un qui pousse une roue." Pour l'image du tonnelier:

„quelqu'un qui fait un tonneau, auf deutsch Küfer, tonnelier“ et devant l'image du chasseur: „c'est un homme.“

Le 14 X. 1920 toutes les images sont reconnues, excepté celle de l'avion pour laquelle elle ne trouve pas le mot.

Le 21 X. 1920 elle reconnaît toujours bien les images d'animaux.

Le 15 X. 1922 l'image du canon reçoit le nom revolver. En lui montrant une mitre d'évêque, elle énumère d'abord les détails, puis elle trouve le mot juste.

En somme, on trouve qu'il y a prédominance de la représentation générale, ralentissement des associations et des périphrases. Et même, une fois, il y a amnésie pour un nom (avion). En général, il y a une très grande variabilité d'un jour à l'autre.

La dénomination d'objets montrés ne présente jamais de difficultés.

La démonstration de couleurs nommées est juste le 12 X. 20, le 14 X. 20 et le 15 X. 22. Le 21 X. 20 la malade montre tout d'une manière exacte et confond seulement le vert et le rouge: elle doit montrer une nuance spéciale de vert et elle indique un rouge. Montrant le groupe des verts, elle dit: „Cela ressemble déjà au rouge.“

On voit donc que la malade a moins de difficulté à trouver la couleur quand elle a le mot, qu'à trouver le mot quand on lui montre la couleur.

Pour la description d'images compliquées, la malade présente le même trouble que pour les images simples, elle commence par énumérer les détails.

Vient maintenant la lecture. D'abord la lecture des lettres et des chiffres, qui ne présente aucun trouble le premier jour de l'examen (12 X. 1920). Le 14 X. 1920 en voyant le chiffre 5, elle dit: „je ne sais pas;“ elle écrit du doigt et dit cinq. Le 15 X. 1922 de nouveau aucun trouble.

La lecture des textes se fait un peu plus difficilement. Elle lit très lentement et s'arrête souvent. Quelquefois elle se trompe en lisant, p. ex. le 12 X. 1920: übermensch . . ., überschen . . ., überschäumender. Le 14 X. 1920 subitement elle ne reconnaît plus la lettre i: „Voilà une lettre que je ne connais pas, lors-même que je la vois; je puis l'écrire du doigt, je sais que c'est une lettre; il y a un point dessus, c'est e; non, avec un point c'est i. Cela me revient par la reflexion et non par la vue.“ Au 3ème examen, elle confond m avec w et lit forte au lieu de force, pour se corriger aussitôt. Quelquefois elle est obligée d'épeler en lisant. Le 21 X. 20 elle lit doivent pour deviennent et le 15 X. 22 elle confond d avec b. Elle lit toujours mieux quand les caractères sont plus grands.

En résumé, les troubles de la lecture sont les suivants: Elle lit toujours lentement et mieux quand les caractères sont plus grands. Souvent elle se trompe en lisant, ou elle confond les lettres qui se ressemblent un peu. Quelquefois elle épelle. Une seule fois elle ne trouve pas le nom d'une lettre.

La reproduction de textes lus montre de légers troubles: Le 14 X. 20 substitution de trank Gift par ging in's Wasser. Le 19 X. 20 Wasserleitung au lieu de Wasserbauverwaltung. Le 21 X. 20 elle confond Vatermord avec Diebstahl.

L'écriture est sans faute. Les lettres sont toujours très grandes et inclinées vers la droite. De même, l'écriture avec le pied est bien exécutée. Si la malade ferme les yeux en écrivant, elle ne se trompe pas.

L'expérience de Grashey pour le mot „ist“ ne permet pas de constater un trouble.

Une seule fois on montre à la malade une image qui représente une scène entière: Sermon en plein air. Cette scène est interprêtée par les mots: „peut-être on photographie quelqu'un.“

La mémoire optique est conservée.

Comme productions optiques actives, il y a d'abord

la copie d'après modèle, qui est bien faite par la malade, sauf le jour du premier examen, où elle est incapable de reproduire la tête d'un homme. Les copies sont toujours plus grandes que le modèle, mais elle n'oublie pas un seul trait.

L'autre production optique active consiste dans la composition d'une image avec le jeu de cubes. La malade a réuni deux parties de l'image correctement, mais elle les laisse séparées, bien qu'elle n'ait besoin que de rapprocher avec les mains les deux parties.

Pour les productions acoustiques il y a le 14 X. 20 un léger trouble dans la perception acoustique. La malade confond Blei avec klein et elle avoue en disant: „Parfois j'entends mal, je ne comprends pas une syllabe, j'entends le son, mais je ne saisis pas. Momentan fasse ich manchmal nicht auf, aber nur ein Wort oder eine Silbe."

Il n'y a pas d'apraxie idéatoire, ni mélokinétique, ni symétrique.

Elle calcule bien, elle forme bien des mots composés. La syntaxe n'est pas altérée.

L'orientation dans l'espace est très difficile pour notre malade.

Quant à son affectivité, elle est très labile et il y a une grande susceptibilité. De plus elle présente une grande fatigue intellectuelle.

Du côté droit, où il y avait une hémiparésie avant l'opération, on constate maintenant une diminution de la température et de la sensibilité superficielle.

Avant de commencer la discussion, nous donnons, classé alphabétiquement, un résumé succinct des définitions que les différents auteurs ont données de l'alexie.

Dejerine écrit: Ces troubles (cécité et surdité verbale) peuvent être, dès le début, aussi prononcés l'un que l'autre et persister tels, la cécité verbale en particulier, pendant toute la vie du malade. Mais, que la lésion frappe plus particulièrement les images auditives ou les images visuelles, l'altération des images les plus atteintes prendra le premier plan de la scène clinique; toutefois, dans ce cas, le défaut dans le fonctionnement des seconds n'en sera pas moins très net, au début du moins; plus tard elles sembleront récupérer plus ou moins intégralement leurs fonctions, mais toutefois cette restauration sera rarement complète. C'est alors que l'on aura affaire à la cécité verbale ou à la surdité verbale de Wernicke, mais il ne s'agit alors que de formes secondaires, de reliquats d'une aphasie sensorielle primitive.

D'après Dejerine cette forme de cécité verbale serait caractérisée par les symptômes suivants: Le malade se trouve dans l'impossibilité de lire; les mots écrits n'ont pour lui aucun sens, „il n'y voit que du noir sur du blanc". Cependant la fonction visuelle est souvent parfaite. En effet, l'hémianopsie droite, bien que fréquente, n'est pas constante. Le malade reconnaît les contours, les détails des lettres; il sera capable de distinguer les nuances les plus délicates et les plus indescriptibles des deux écritures, mais il ne comprend pas leur sens. Il voit les dessins, mais non l'idée qui s'y rattache; il ne peut passer du mot écrit à l'idée qu'il représente.

La cécité verbale peut être telle que le malade ne reconnaît même pas une seule lettre = cécité litté-

rale ; parfois, tout en les reconnaissant, il est incapable de les assembler en une syllabe = asyllabie, ni en un mot = cécité verbale.

Ces troubles de la lecture portent aussi bien sur l'imprimé que sur le manuscrit. En suivant avec les doigts les tracés des lettres, il n'arrive pas toujours à comprendre le sens du mot formé.

La cécité verbale est causée par une lésion du pli courbe. Elle est assez souvent associée à l'hémiplégie droite et à l'hémianopsie latérale droite, parce que la lésion du pli courbe pénètre en profondeur et va trancher les radiations optiques sous-jacentes, qui se rendent au lobe occipital gauche.

A part ceci, Dejerine parle encore d'une cécité verbale pure, qu'il sépare de l'aphasie sensorielle pour lui donner une localisation anatomique spéciale. (1892)

Dans cette cécité verbale pure, la zone du langage tout entier est intacte, y compris le pli courbe. Mais la lésion a détruit les fibres qui unissent le pli courbe (centre des images visuelles du langage) au centre de la vision générale. Cette forme d'alexie pure se manifesterait par les faits suivants: Conservation de la parole spontanée, de la parole répétée, des chants ; la compréhension de la parole parlée s'exécute comme à l'état normal ; la lecture à haute voix et la lecture mentale sont impossibles.

Le malade atteint de cécité verbale pure peut arriver à lire en suivant des doigts le tracé de la lettre. Cette expérience qui ne réussit jamais dans l'aphasie sensorielle vraie réussit toujours dans la cécité verbale pure.

Enfin, il existe une hémianopsie homonyme latérale droite.

La cécité verbale pure est le plus souvent totale, littérale et verbale. L'écriture spontanée et sous la dictée s'exécute normalement. Selon Dejerine cette forme persisterait indéfiniment sans s'améliorer ; il men-

tionne seulement deux cas, dont il a pu constater leur guérison complète.

Kramer et **Forster** croient que l'alexie est due à la combinaison de troubles aphasiques avec cécité psychique partielle. Plus la cécité psychique est accentuée, moins les troubles aphasiques sont prononcés.

Kussmaul *) est le premier qui a séparé l'alexie, comme forme spéciale, de l'aphasie sensorielle de Wernicke, pour lui donner une localisation spéciale. Il écrit en 1877: Dans la cécité verbale le sujet comprend les mots parlés, mais non les mots lus. Le sujet écrit sous la dictée, mais ne copie pas. Souvent il y a en même temps de l'hémianopsie bilatérale droite homonyme (lésion concomitante des radiations de Gratiolet ou de la région calcarine).

D'après Kussmaul et Charcot la région lésée correspondant à la cécité verbale serait le lobule pariétal supérieur.

Liepmann prétend qu'il y a en général des troubles du langage écrit et dans l'aphasie motrice et dans l'aphasie sensorielle. Il distingue dans ces troubles du langage écrit des formes qui se présentent presque isolées. Ainsi, il y a des foyers qui sont situés en arrière du centre sensoriel du langage, c'est-à-dire dans le pli courbe et dans la substance blanche immédiatement située en-dessous de lui. Ces lésions sont suivies d'agraphie et d'alexie avec une toute légère paraphasie et une difficulté à trouver les mots.

L'alexie pure, au contraire, est due à une lésion qui est localisée dans les parties plus profondes de la substance blanche et correspondant à la région du pli courbe: le malade peut écrire sans pouvoir lire. En outre il y a presque toujours une hémianopsie homonyme droite qui manque souvent là, où la localisation est plus superficielle. (Voir fig. 2).

*) **Grasset et Rimbaud**: Diagnostic des maladies de l'encéphale 3e édition, Paris 1918. Librairie Baillière et fils. p. 80—81.

Pierre Marie *) (1917) étudiant le syndrome du pli courbe chez les blessés de guerre confirme que dans ce syndrome entre toujours de l'alexie associée à des troubles de l'ensemble des fonctions du langage et à une hémianopsie en général incomplète.

Dans la revue neurologique Pierre Marie et Foix ont publié: „Les aphasies de guerre". Ils écrivent un chapitre concernant l'aphasie par lésion de la région du pli courbe. Ce syndrome serait constitué cliniquement par l'association d'une hémianopsie presque toujours incomplète et d'une alexie à laquelle s'associent quelques troubles modérés de l'ensemble de la fonction du langage.

En dehors de l'hémianopsie, les troubles associés sont peu importants dans cette forme. Le plus souvent l'hémiplégie manque dès le début. Quand elle existe, il s'agit de commotion à distance et elle est transitoire. Les troubles sensitifs, s'ils existent, sont peu persistants L'un de nos blessés qui n'avait pas été hémiplégique, avait noté un peu d'insensibilité dans le membre supérieur droit.

Quant à l'alexie, la lecture des chiffres, bien que très altérée, se fait ordinairement mieux que la lecture des lettres, et quand il y a de l'alexie littérale, le malade arrive cependant à reconnaître les chiffres isolés.

La mémoire est diminuée, de même que l'ensemble des fonctions intellectuelles: attention, réflexion, compréhension, conception.

Enfin l'on constate assez souvent des troubles de l'orientation: difficulté à se guider dans les rues, dans une pièce.

Dans l'ensemble, ces troubles de la fonction du langage, tout en demeurant relativement légers, sont cependant plus marqués que ceux que l'on observe à

*) **Grasset et Rimbaud**, Diagnostic des maladies de l'encéphale 3e édition, Paris 1918 p. 80—81.

l'ordinaire dans les cas d'alexie pure, où la lésion est, dans la règle, placée d'autre manière.

v. Monakow au contraire n'admet pas un centre spécial pour les images visuelles. Par contre la région du pli courbe que Dejerine considère comme étant le centre des images visuelles des mots (Wortbildzentrum), ne serait qu'une partie de la sphère commune aux sensations optiques et oculomotrices (Provinz der allgemeinen optisch-okulomotorischen Sphäre).

D'après cette théorie, l'étiologie de l'alexie serait due à une lésion isolant le centre optique du centre de l'image auditive verbale (Lautbildzentrum) située dans le lobe temporal. Par cette séparation les images de la mémoire optique sont privées de leur association principale et ne peuvent plus être perçues.

A côté de cette (dernière) forme qui accompagne souvent les troubles aphasiques, il distingue, presque comme Dejerine, une autre forme d'alexie. Elle est caractérisée par la présence de la compréhension de la parole parlée (Wortverständnis) et la possibilité de parler et d'écrire. Pour v. Monakow cette forme d'alexie serait due aux troubles dans la sphère optique et il l'appelle aphasie optique. Elle est presque toujours accompagnée d'hémianopsie homonyme droite ou d'hémiachromatopsie, d'affaiblissement de l'imagination optique et d'agnosie visuelle.

Aucune forme d'alexie causée par une lésion située dans un des lobes occipitaux ne donne lieu à une lésion permanente. Même s'il y a destruction presque totale de la moelle du lobe pariéto-occipital, le malade pourra lentement récupérer la faculté de lire malgré la persistance de l'hémianopsie.

Sterba mentionne une tout autre forme d'alexie, qui se trouve souvent dans l'hémianopsie homonyme. Ce n'est pas la cécité verbale qui est la cause de l'impossibilité de lire. Les objets ne sont reconnus que

quand ils se trouvent dans l'axe optique de l'oeil, ou voisins de celui-ci. Par ce procédé l'image tombe sur la tache jaune et ses environs. Un tel malade ne voit qu'une partie du mot, une lettre. Le reste est projeté sur la rétine insensible. Il est donc obligé de lire lettre par lettre pour comprendre l'ensemble du mot. Il faut alors appeler cette forme „anopsie".

Stromayer combat le classement de l'alexie en forme corticale et sous-corticale, qui était admis par Wernicke et Dejerine. D'après un cas, qu'il publia plus tard, il conclue que l'hémianopsie homonyme droite peut manquer toujours et complètement dans l'alexie sous-corticale. Si pourtant il y a des cas où elles coexistent, il faut considérer l'hémianopsie comme complication de l'alexie.

Stromayer n'admet pas non plus une distinction en alexie accompagnée d'agraphie et en alexie sans agraphie, comme le fait du reste Dejerine. Il propose la dénomination: „Alexie isolée avec ou sans agraphie".

Symptômes de localisation.

D'après un certain nombre d'auteurs (Kussmaul, Dejerine, Liepmann, v. Monakow), il y a une alexie pure avec hémianopsie sans troubles de la parole.

Il y a à côté une alexie qui n'est pas forcément accompagnée d'hémianopsie, mais qui présente en même temps des troubles d'ordre aphasique-sensoriel.

Un troisième groupe d'auteurs (Dejerine, Pierre Marie et Foix) dont les observations se basent principalement sur des cas de traumatismes craniens (blessés de guerre) décrit une forme d'alexie qui peut être considérée comme l'addition des deux premières formes, c'est à dire: alexie avec hémianopsie et en plus des troubles aphasiques-sensoriels. Si nous essayons de nous rendre compte de la localisation anatomique en nous servant du schéma de Liepmann (voir fig. 2), nous voyons que le premier groupe de symptômes est dû à la lésion du foyer No 2, le second à la lésion du foyer No 1, le troisième groupe nous force d'admettre un foyer qui englobe les deux foyers précités.

Si nous envisageons les symptômes que présente notre cas:

hémianopsie,
alexie avant l'opération,
dyslexie après l'opération,
légers troubles d'aphasie sensorielle,

il est évident que notre cas rentre dans le troisième groupe.

Nous voyons donc que dans notre groupe et dans le second groupe il existe de légers troubles sensoriels du langage. Nous les étudierons plus tard. Pour le moment nous tenons à constater qu'on observe dans notre cas, outre les symptômes de dyslexie, d'autres symptômes qui dénotent des troubles de l'identification

consécutive à la perception visuelle. Si l'on définit l'alexie comme une agnosie optique littérale et verbale, on peut dire que notre cas présente encore d'autres troubles agnosiques optiques. Ces troubles peuvent facilement être confondus avec des symptômes aphasiques; on pourrait être tenté de croire que la malade est exclusivement préoccupée par la recherche du mot, par le souci de trouver la dénomination correcte de l'objet qu'elle aurait déjà identifié. Si c'était le cas, il s'agirait alors tout simplement d'une aphasie amnésique. Mais si l'on étudie les réactions de la malade qui est incapable de nommer une image par son nom, on reconnaît aisément que c'est l'identification visuelle pure qui est lésée et que lorsque les difficultés qui s'opposent à cette identification sont vaincues, la dénomination ne fait pas défaut. Il n'y a donc pas d'amnésie verbale. La façon dont la malade procède à l'acte d'identification optique est très intéressante; prenons l'exemple suivant:

vendeuse — c'est **un** ouvrier, il a une table devant lui, c'est **une femme**, c'est une table avec des fruits, c'est une fruitière.

Ou l'autre exemple:

bœufs — ce sont des chevaux, ce sont des animaux, je vois les quatre pattes, je vois la tête, ce sont des vaches.

Ces deux exemples, auxquels nous pourrions encore ajouter d'autres, montrent que la malade identifie en premier lieu les détails; en second lieu se produit la représentation générale. Finalement elle n'arrive que par ces différentes étapes à l'identification terminale ordinairement juste. Ce modus procedendi en lui-même pourrait être considéré comme physiologique; il est possible, voire vraisemblable que l'identificatien normale passe par ces étapes; mais l'état pathologique consiste dans ce fait que la succession de ces étapes est ralentie de telle sorte que la malade nous rend compte verbalement des différentes phases de l'identification.

Ce défaut dans les fonctions d'association rappelle beaucoup certaines formes d'amnésie dans lesquelles les malades produisent en premier lieu les représentations générales et n'arrivent à les préciser qu'ultérieurement. Du reste on observe dans les productions de langage des malades atteints de dissociation schizophrénique un manque de précision et une tendance aux généralités.

Dans notre cas les détails sont fournis et identifiés par l'impression visuelle, la représentation générale s'opère par une série d'associations; mais la dernière phase, celle du choix de la représentation spéciale ne s'effectue qu'avec difficulté. Ces troubles dans les associations sont très bien démontrés par la réaction que la malade montre quand il s'agit de composer une image avec des blocs carrés. Elle est arrivée en effet à réunir les deux fragments isolés de l'image, mais elle est incapable de réunir ces deux fragments en une seule image. Nous retrouvons ici l'identification du détail, mais en même temps la difficulté de l'identification de l'impression visuelle entière; la synopsie fait défaut.

C'est pour les mêmes raisons que la malade a réagi de la façon suivante en voyant une reproduction du tableau „Bara" de Henner. On sait que le héros mort est couché horizontalement, mais un peu obliquement par rapport au spectateur, de sorte qu'une jambe est plus grande que l'autre. La malade incapable d'identifier toutes ces impressions optiques à la fois dit: „Une jambe est trop longue, c'est d'un autre corps."

Si maintenant, après avoir examiné les troubles de l'identification optique en général, nous étudions les troubles de la lecture, il nous faut relever que la malade présentait une alexie qui n'avait pu être étudiée minutieusement avant l'opération, car la malade se trouvait en état d'excitation très grande et présentait des idées de persécution. Dans ces conditions un examen méthodique n'avait pu être pratiqué; mais l'alexie com-

plète était déjà nettement développée. Pour le moment on ne saurait parler que de dyslexie, mais les troubles de la lecture sont identiques à ceux que nous venons d'étudier dans l'identification optique en général. Il y a avant tout un ralentissement considérable de toutes les fonctions, et la malade est très souvent forcée d'épeler ou de lire en séparant nettement les différentes syllabes. Le résultat est semblable à celui de l'identification optique générale, c'est-à-dire presque toujours correct. Néanmoins l'identification verbale et littérale est quelquefois non seulement ralentie, mais aussi entrecoupée de fausses réactions, qu'on peut appeler pararéactions. La paralexie verbale est excessivement rare. Une fois la malade lit deviennent au lieu de doivent; quand elle lit forte pour force il ne s'agit probablement pas d'une paralexie verbale. La paralexie littérale (t au lieu de c) suffit pour expliquer le faux résultat. En général il est étonnant de voir que la fausse interprétation purement optique (qu'on pourrait appeler illusion optique) est très rare. Elle lit une seule fois w au lieu de m et une fois b au lieu de d.

Il est aussi intéressant de voir de quelle façon la malade essaie de corriger ses troubles de l'association: Dans ce but elle n'emploie jamais une impression optique, mais utilise les fonctions motrices (graphiques). C'est ainsi qu'elle identifie le chiffre cinq en l'écrivant du doigt. Son idéation dans l'identification de la lettre i est encore plus intéressante, elle dit: „voilà une lettre que je ne connais pas, lors-même que je la vois, je puis l'écrire du doigt, je sais que c'est une lettre, il y a un point dessus, c'est e; non, avec un point c'est i". Cet exemple est particulièrement instructif; on voit qu'elle identifie le caractère symbolique de la lettre („je sais que c'est une lettre"). Elle s'efforce de préciser en écrivant la lettre et constate „qu'il y a un point dessus", mais l'association suivante „c'est e" est fausse et la dernière association juste n'est pas fournie par des éléments optiques, ni même graphiques,

mais par le souvenir grammatical, qu'une lettre avec un point est un i. La malade qui est institutrice et très cultivée se rend compte d'elle-même du fait que les associations visuelles ne dominent pas l'acte de l'identification littérale ; elle dit : „Cela me revient par la reflexion, non par la vue, j'ai remarqué cela moi-même".

La faiblesse d'évocation de l'impression optique est aussi manifeste dans la dénomination des couleurs. La malade est souvent incapable de trouver les noms des couleurs, tandis qu'elle trouve promptement la couleur dont le nom lui est donné. Nous savons que la dénomination des couleurs joue un rôle tout particulier dans les symptômes de l'aphasie. Cette particularité est difficile à expliquer ; aussi ne tenterons-nous pas d'en donner une explication. Qu'il nous soit permis seulement de rappeler le fait que les enfants normaux à l'âge de quatre ans encore, bien qu'ils soient en possession de leur langue maternelle, très souvent ne sont pas capables de fournir une dénomination juste des couleurs. Avant de décider s'il s'agit chez notre malade d'une aphasie optique pour les couleurs, il est nécessaire de résoudre la question : est-ce que l'aperception et l'identification des couleurs sont intactes, en d'autres termes, n'y a-t-il pas outre les symptômes aphasiques, des symptômes agnosiques et même des troubles de la perception des couleurs qui seraient à mettre sur le même rang que le daltonisme. Le fait est qu'un oculiste très expérimenté avait fait après l'examen de la malade en 1920 le diagnostic de daltonisme. Or, il est possible que des symptômes comparables au daltonisme se développent à la suite d'une affection organique des centres optiques du cerveau. Mais le daltonisme se localise à certains groupements de couleurs : rouge et vert, bleu et jaune etc. ; ces groupements manquent dans les fausses dénominations de notre malade, lors-même que les mots : „le vert est pour moi brun" pourraient aussi être dits

par un daltonique. *) Toutefois il est fort vraisemblable, quoique difficile à prouver, que des troubles de la perception-même des couleurs existent chez notre malade. Il est d'autant plus étonnant que les différences même faibles dans les teintes sont correctement perçues.

Outre ces troubles de la perception-même, il existe des troubles de l'identification que la malade s'efforce de compenser par la „réflexion", c'est à dire par le même procédé relevé déjà antérieurement. C'est ainsi qu'elle a nommé un vert foncé brun, puis en regardant l'étoffe de sa robe, qu'elle savait être brune, elle se corrige en disant: „maintenant je le saurais par la mémoire, non par les yeux".

Quant à l'aphasie concernant les couleurs, elle existe, car les dénominations fausses sont très fréquentes, tandis que la démonstration de couleurs nommées se fait presque sans faute. Du reste la qualité des couleurs n'est pas indifférente à l'évocation de leur nom; la malade dit elle-même: „le jaune, le bleu et le blanc sont plus sûrs, là les noms me viennent toujours". Cette remarque de la malade ne répond du reste pas complètement au résultat objectif des réactions.

Il faut attribuer le fait que plusieurs couleurs à la fois sont dénommées avec plus de difficulté, au ralentissement du processus de l'identification, qu'aux symptômes aphasiques.

La mémoire optique, du reste, est intacte et la remarque suivante que la malade fait spontanément est très intéressante: „Quand je rêve, je vois très bien les couleurs, mieux qu'en réalité, je me dis alors que je verrai de nouveau". Nous voyons que l'évocation de l'impression colorée par la mémoire, par l'imagination

*) Henschen: „Par lésion minime des centres corticaux de la vision ou des radiations optiques, il y a hémiachromatopsie. Elle se manifeste différemment, p. ex. par une difficulté partielle dans la perception des couleurs, comme chez un de mes malades, qui présentait une faiblesse pour la perception du violet".

ou par le mot, est intacte, tandis que l'association centripète et l'aperception sont lésées.

L'écriture, à l'encontre de l'opinion de Liepmann, ne montre pas de troubles ; la malade écrit bien spontanément, copie bien et écrit correctement, quand le contrôle des yeux est éliminé.

Pour ce qui concerne l'aspect de son écriture, les caractères sont très grands ($^1/_2$ cm) et sont inclinés à droite : Ces symptômes confirment l'observation de Dejerine (chapitre aphasie).

Les symptômes d'aphasie sensorielle qui doivent toujours exister d'après certains auteurs (Dejerine, Liepmann, Pierre Marie) dans les cas, où le pli courbe est lésé, ne sont que faiblement développés chez notre malade. Elle dit: „Quelquefois j'entends mal, je ne comprends pas une syllabe, j'entends le son, mais je ne saisis pas. Par moments je ne saisis pas le sens".

Pour ce qui concerne la reproduction de textes lus, nous constatons que la malade a reproduit „trank Gift" pour „ging ins Wasser". Une autre fois elle a dit „Wasserleitung" au lieu de „Wasserbauverwaltung", „Vatermord" au lieu de „Diebstahl". Ces troubles peuvent être dus à une identification défectueuse au moment de la lecture même, mais peuvent aussi être provoqués par des troubles amnésiques, par une paramnésie.

La nature de la tumeur n'a pas pu être fixée avec toute la précision voulue, puisque le chirurgien a jugé utile de faire une simple incision et qu'une analyse microscopique des parois du kyste n'a pas été pratiquée. Le fait toutefois, que la tumeur n'a pas progressé sensiblement depuis 10 ans, nous permet d'admettre avec une grande vraisemblance, qu'il ne s'agit pas de tumeur maligne, mais de tumeur kystique, semblable à celles dont Krause fait mention: „Il y a des kystes cérébraux qui sont des sarcomes dégénérés ou des kystes parasitaires. En outre il y a une autre sorte de kystes, dont l'étiologie est inconnue. Dans toutes ces formes, où la paroi kystique est formée par du tissu conjonctif il y a guérison si, après drainage, la cavité reste vide".

Symptômes d'ordre général.

Symptômes psychiques.

L'état psychique actuel de la malade présente les anomalies suivantes:

L'orientation dans le temps est intacte.

L'orientation dans l'espace est lésée. Cette difficulté d'orientation est certainement en grande partie due aux troubles visuels; mais il est certain aussi que les troubles de l'identification et des troubles amnésiques se surajoutent à ceux de la vue. Si ces dernières fonctions étaient intactes, la moitié du champs visuel normal pourrait très bien suffir à l'orientation.

Les connaissances générales de la malade, les fonctions de l'intelligence sont intactes, il en est de même du jugement, aussi longtemps que l'affectivité n'entre pas en action

Toutes les fonctions cérébrales qui ne sont pas diminuées qualitativement, sont diminuées quantitativement, c'est-à-dire que la malade est incapable d'un effort cérébral continu et que la fatigabilité est excessive. Ce dernier symptôme, cette fatigue rapide, est donc caractéristique pour les troubles psychiques consécutifs aux traumatismes craniens ; il peut même en être la seule manifestation. On a pu observer pendant et après la guerre surtout, des blessés qui présentaient comme symptôme exclusif la fatigabilité exagérée, accompagnée souvent d'un ralentissement général des fonctions psychiques. Ce sont ces états qu'on a désignés sous le nom d'„asthénie cérébale" (Hirnschwäche des auteurs allemands.)

Kræpelin écrit sur cet état psychique, dû aux lésions cérébrales, ce qui suit : „Des troubles psychiques dus aux lésions cérébrales ne sont constatés que lorsqu'il s'agit d'une lésion étendue de l'écorce cérébrale. Les productions intellectuelles des malades s'effectuent toujours assez difficilement. Cet état que l'on pourrait appeler „faiblesse traumatique" (traumatischer Schwächezustand) se manifeste en tous cas par un changement complet du psychisme : Les malades sont vite fatigués, se montrent incapables de fournir une tension intellectuelle, manquent de mémoire et se laissent distraire facilement. Ils sont disposés à une grande irritabilité, à s'emporter pour rien ; souvent cette excitabilité fait place à une apathie."

De cet état pathologique Heilbronner a écrit : „Comme lésion essentielle il y a un léger trouble de la mémoire, souvent accompagné d'une augmentation de l'émotivité."

L'affectivité est caractérisée par une grande émotivité et une versatilité de l'humeur. Elle ne se ma-

nifeste pas seulement par des mouvements mimiques et pantomimiques, mais provoque aussi des actes agressifs contre l'entourage. L'idéation aussi est influencée par l'affectivité. La malade quérule beaucoup et a la tendance à interpréter tous les événements, ainsi que les faits et gestes de son entourage dans le sens de la persécution. Nous reviendrons encore sur cette tendance paranoïde.

Notre malade montrait tous ces symptômes; son mari dans une lettre les a bien décrits (5 I. 23):

„D'après mes observations la maladie devient toujours plus grave. Chaque trois semaines et encore plus souvent, une crise, et même des crises dangereuses pour les personnes qui sont autour. Hier les sabots voltigeaient autour de ma tête; une autre fois, elle jette les chaises dans la cuisine, frappe avec une bouteille contre la porte, ouvre les fenêtres et crie, dit toute sorte de mal contre moi et les personnes de la commune. La crise terminée, on a du repos pour quelques jours. Elle dit parfois dans ses crises qu'elle fera un mauvais coup. C'est avec peine que j'ai pu la décider d'aller à Strasbourg lors de l'invitation de monsieur le professeur. Elle prétendait que monsieur le professeur l'avait fait attendre etc. et cela par rapport à une femme qui voulait étudier sa maladie. On pourrait raconter jusque demain. Elle trouve quelque chose, où personne ne voit du mal. D'après mes observations elle fait les mêmes histoires que sa sœur qui est à Stephansfeld. Dire du mal d'autrui, folle de religion, s'habiller à moitié, aucun plaisir, etc.“

Notre malade a montré peu de temps avant l'opération des idées de persécution non systématisées; il s'agissait d'interprétation délirante dans le sens de la persécution, mais ce symptôme était fort peu développé et a disparu après l'opération. Dans les derniers temps cette tendance semble se développer à nouveau.

On trouve dans la littérature un assez grand nombre d'observations, constatant le développement de

syndromes paranoïdes chez des cas de tumeur cérébrale. Nous en donnons quelques extraits:

Weidner écrit: „Si une tumeur cérébrale est accompagnée de troubles psychiques, il s'agit d'une réaction générale, dont la plus importante est l'hypertension intracranienne.

Comme troubles principaux on note des troubles de la conscience et le syndrome de Korsakow. Comme troubles moins fréquents, il y a du délire onirique, des états crépusculaires, de la stupeur, une excitation psychomotrice ou de l'angoisse. Il est encore bien plus rare de trouver des états maniaques, mélancoliques et des syndromes de délire. Quant à ces derniers, il ne semble pas qu'il s'agisse d'un état purement paranoïque avec méfiance contre l'entourage, avec interprétations délirantes et avec des idées de persécution systématisées sans hallucinations.

Schuster a décrit huit cas de tumeurs cérébrales qui présentaient des troubles paranoïdes. Ce n'était pas une image nette de paranoïa. Mais les malades se croyaient observés et souffraient d'idées de persécution avec des hallucinations diverses, avec des interprétations délirantes de sensations et de douleurs corporelles. Donc ces malades ne présentaient que des états paranoïdes."

Pfeiffer écrit que Oppenheim et Bruns mentionnent des états psychiques qui ressemblent plus ou moins aux psychoses vraies, telles que la mélancolie, la manie, la confusion mentale, les états de délirium. Mais Bruns prétend que des états pareils ne se trouvent que chez des malades avec tumeur cérébrale, qui y sont prédisposés par tare héréditaire.

Pfeiffer est du même avis que Bruns: „L'existence, du reste assez rare, d'un état maniaque, mélancolique, paranoïde, catatonique ou épileptique est plutôt due à une prédisposition individuelle et c'est la tumeur qui déclanche ces troubles psychiques.

*) Wernicke prétend qu'il y a chez les malades porteurs de tumeurs cérébrales souvent une tare nerveuse.

D'après l'avis de Stern au contraire la psychose est toujours provoquée par la tumeur, d'une façon directe ou indirecte.

**) Beaucoup d'auteurs admettent que des maladies somatiques peuvent créer des troubles psychiques. Esquirol, Morel, Griesinger, Trousseau, citent même des cas, où le cancer serait „une cause directe de folie", Elzholz et Mariotte émettent l'opinion que dans ces cas de tuberculose ou de cancer avec psychose „il ne s'agit pas de folie, de vésanie, mais de troubles psychiques toxi-infectieux".

C'est surtout Mariotte, élève de Régis, qui a étudié les troubles psychiques du cancer.

Voici ce qu'il dit:

„Dans ses traits généraux l'état mental du cancéreux est fait d'asthénie psychique avec prédominance d'aboulie, de diminution de la volonté."

„Sur ce fond mental viennent se greffer des idées tristes, mélancoliques, voire de l'anxiété, une sorte d'hyperaffectivité ou souci exagéré des autres."

„A côté de l'intoxication, cause primordiale de ces symptômes, la prédisposition, l'effet moral, la douleur, la chronicité de la maladie, le siège du mal ont aussi leur influence! L'intervention opératoire peut amender ou faire cesser les troubles psychiques, mais aussi déterminer l'apparition de véritables psychoses."

Si nous comparons les symptômes psychiques de notre cas à ceux dont les auteurs précités font mention,

---

*) **Stern Felix.** Die psychischen Störungen bei Hirntumoren und ihre Beziehungen zu den durch Tumorwirkung bedingten diffusen Hirnveränderungen. Archiv für Psychiatrie 54. 1914.

) **Régis E., Précis de psychiatrie. Collection Testut. 3e édition 1906.

nous constatons l'antécédent collatéral suivant: Une soeur de la malade est aliénée et doit présenter, d'après les dires du mari, des symptômes analogues à ceux de notre malade. Il est donc très possible, mais pas absolument nécéssaire que l'hérédité joue un rôle dans l'étiologie des troubles psychotiques de notre sujet.

On fait en psychiatrie un abus inouï de „l'hérédité". Les manifestations de l'hérédité sont encore trop peu connues et ne sont pas encore assez étudiées, pour qu'on puisse l'utiliser scientifiquement. Or, notre cas peut être compris sans qu'on fasse appel à des facteurs étiologiques auxiliaires. Si nous envisageons les différents mécanismes psychotiques qui d'après les auteurs peuvent produire un syndrome paranoïde, nous pouvons éliminer pour notre cas l'origine toxi–infectieuse. Quant aux théories anatomiques qui considèrent les symptômes psychotiques comme étant provoqués par l'hypertension intracranienne ou par une localisation anatomique spéciale, nous pouvons éliminer la première théorie, celle de l'hypertension, par le fait que l'hypertension a disparu depuis 10 ans.

Quant à la deuxième conception, celle qui essaie d'interpréter les symptômes psychotiques comme manifestation d'une lésion localisée, il ne faut la discuter qu'avec la plus grande réserve. Les observations anciennes et récentes, surtout celles faites au courant de la guerre dans les cas de traumatismes craniens, nous permettent de dire d'une façon générale — en se basant sur les statistiques — que les foyers du lobe frontal sont ordinairement accompagnés de troubles de l'affectivité, parmi lesquels l'émotivité et l'euphorie dominent („moria" des auteurs anciens). Les foyers du lobe occipital par contre sont plutôt caractérisés par des états de torpeur et d'asthénie cérébrale.

Mais toutes ces constatations souffrent des exceptions nombreuses. Notre cas en est une; le siège de la tumeur se trouve surtout dans le lobe occipital et

il n'est nullement question de torpeur, mais plutôt d'une grande émotivité affective. L'asthénie que nous avons décrite plus haut, ne saurait — à notre avis — être considérée comme symptôme de localisation.

Pour ce qui est des symptômes psychotiques paranoïdes, nous croyons qu'ils s'expliquent aisément de la façon suivante : Les anomalies affectives (changement d'humeur, émotivité) sont, comme nous l'avons vu plus haut, des suites d'ordre général du traumatisme cranien. Nous voyons, dans de nombreux cas de psychoses caractérisées par des troubles de l'affectivité analogues à ceux de notre malade, la tendance à l'interprétation délirante, sans qu'on puisse observer des hallucinations et des idées délirantes stabilisées. L'interprétation délirante correspond à l'état affectif dépressif, ou dépressif agité et est étroitement lié à l'affectivité. Pour illustrer cet état de choses nous n'avons qu'à rappeler que les dépressions périodiques deviennent très souvent paranoïdes, à mesure que les malades avancent en âge ; ce sont donc ces cas d'accès de dépression de nuance paranoïde qui autrefois ont été décrits sous le nom de paranoïa périodique. Nous croyons donc qu'il faut considérer les symptômes paranoïdes, dans notre cas aussi, comme une manifestation de troubles affectifs ; ils sont, comme ces derniers, un effet du traumatisme cranien et non l'expression clinique d'un processus psychotique sui generis, et, a fortiori, non le résultat d'une lésion localisée.

Conclusions.

Selon certains auteurs (Kussmaul, Dejerine, Liepmann et v. Monakow) il existe une alexie pure avec hémianopsie sans troubles de la parole.

On connaît d'autre part une alexie qui n'est pas forcément accompagnée d'hémianopsie, mais qui présente en même temps des troubles d'ordre aphasique–sensoriel.

Un troisième groupe d'auteurs (Dejerine, Pierre Marie et Foix) décrit une forme d'alexie qui peut être considérée comme l'addition des deux premières formes, c'est-à-dire: alexie avec hémianopsie et, en plus, troubles aphasiques–sensoriels.

Notre cas peut être considéré comme appartenant à ce dernier groupe.

Si nous essayons de nous rendre compte de la localisation anatomique, il faut admettre (voir fig. 2) qu'il y a, soit un seul foyer dans la région du pli courbe, s'étendant en profondeur, soit deux foyers isolés, l'un superficiel dans le pli courbe (fig. 2 foyer 1), l'autre situé plus profondément (fig. 2 foyer 2).

Les symptômes psychiques de notre malade sont identiques à ceux qu'on observe dans beaucoup de cas de traumatismes craniens. On ne saurait dire que la localisation de la tumeur montre une influence sur les symptômes psychiques.

Le syndrome paranoïde que la malade présentait, il y a 10 ans, et qui se développe de nouveau à l'heure actuelle, n'est pas à considérer comme manifestation d'un processus morbide ; il est à mettre sur le compte de l'émotivité affective, car un assez grand nombre de dépressions agitées sont caractérisées par la tendance à

l'interprétation délirante. Ce symptôme cesse en même temps que la dépression agitée (cf. la paranoïa périodique des auteurs anciens) qui n'était qu'une forme spéciale de la dépression périodique de la folie maniaque dépressive.

Strasbourg, le 25 I. 1923.

Vu:
Le Président de la thèse
Prof. PFERSDORFF

Vu: Le Doyen
Pour Le Doyen, l'Assesseur
Prof. CHAVIGNY

Bibliographie.

Dejerine J., Sémiologie des affections du système nerveux. Paris 1914.

Grasset et Rimbaud, Diagnostic des maladies de l'encéphale. 3e édition, Paris 1918.

Heilbronner K., Ueber Geistesstörungen im unmittelbaren Anschluss an Hirnerschütterung. Münchener medizinische Wochenschrift 1905. No 50, page 2426—2428.

Henschen S. E., Das Sehzentrum. Lewandowsky, Handbuch der Neurologie, Allgemeine Neurologie. 1. Band. 2. Teil. Berlin 1914, p. 915.

Kræpelin E., Das Irresein bei Hirnverletzungen. Psychiatrie 2. Band 1. Teil. Leipzig 1922.

Kramer und Forster, Ueber Alexie. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. 10. Juni 1912, 1 page.

Krause Fedor, Chirurgie des Gehirns und Rückenmarks. Berlin—Wien 1911.

Liepmann Hugo, Störungen der Schriftsprache. Lehrbuch der Nervenkrankheiten, herausgegeben von Hans Curschmann. Berlin 1907, p. 482—484.

Marie Pierre et Foix, Aphasie par lésion de la région du pli courbe. Les aphasies de guerre. Revue neurologique 1917 t. II. p. 53—87 avec 14 fig.

Monakow C. v., Die Lokalisation im Grosshirn und der Abbau der Funktion durch kortikale Herde. Wiesbaden 1914.

Pfeiffer Berthold, Psychische Störungen bei Hirntumoren. Archiv für Psychiatrie 47. 1910 p. 558—738.

Régis E., Précis de psychiatrie, Collection Testut, 3e édition 1906.

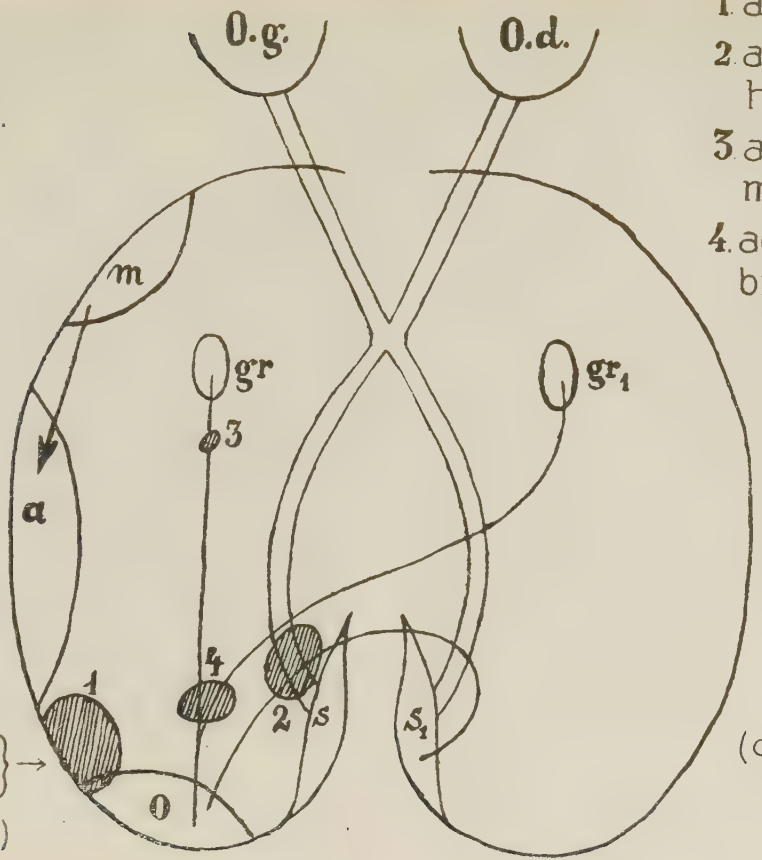
Sterba M., Prag, Ueber reine Alexie. Casopis ceskych lékaruv 52, 1321. 1913 (Böhmisch). Zeitschrift für ges. Neurologie und Psychiatrie, Referate 9, 1914 p. 59.

Stern Felix, Die psychischen Störungen bei Hirntumoren und ihre Beziehungen zu den durch Tumorwirkung bedingten diffusen Hirnveränderungen. Archiv für Psychiatrie 54. 1914 p. 565—927. 2 planches et 9 figures.

Stromayer Wilhelm, Ueber subkortikale Alexie mit Agraphie und Apraxie. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde No 24, 5 und 6, 1903, p. 370—372.

Weidner C., Hirntumor und paranoïsches Symptomenbild. Zeitschrift für die ges. Neurologie und Psychiatrie. Band 56. 1920 p. 1—9.

Figure II
(p. 30, 34, 48).



1. alexie + agraphie
2. alexie pure avec hémianopsie
3. agraphie pure de la main droite
4. agraphie pure bilatérale

Gyrus angularis (pli courbe) →

(d'après Liepmann)

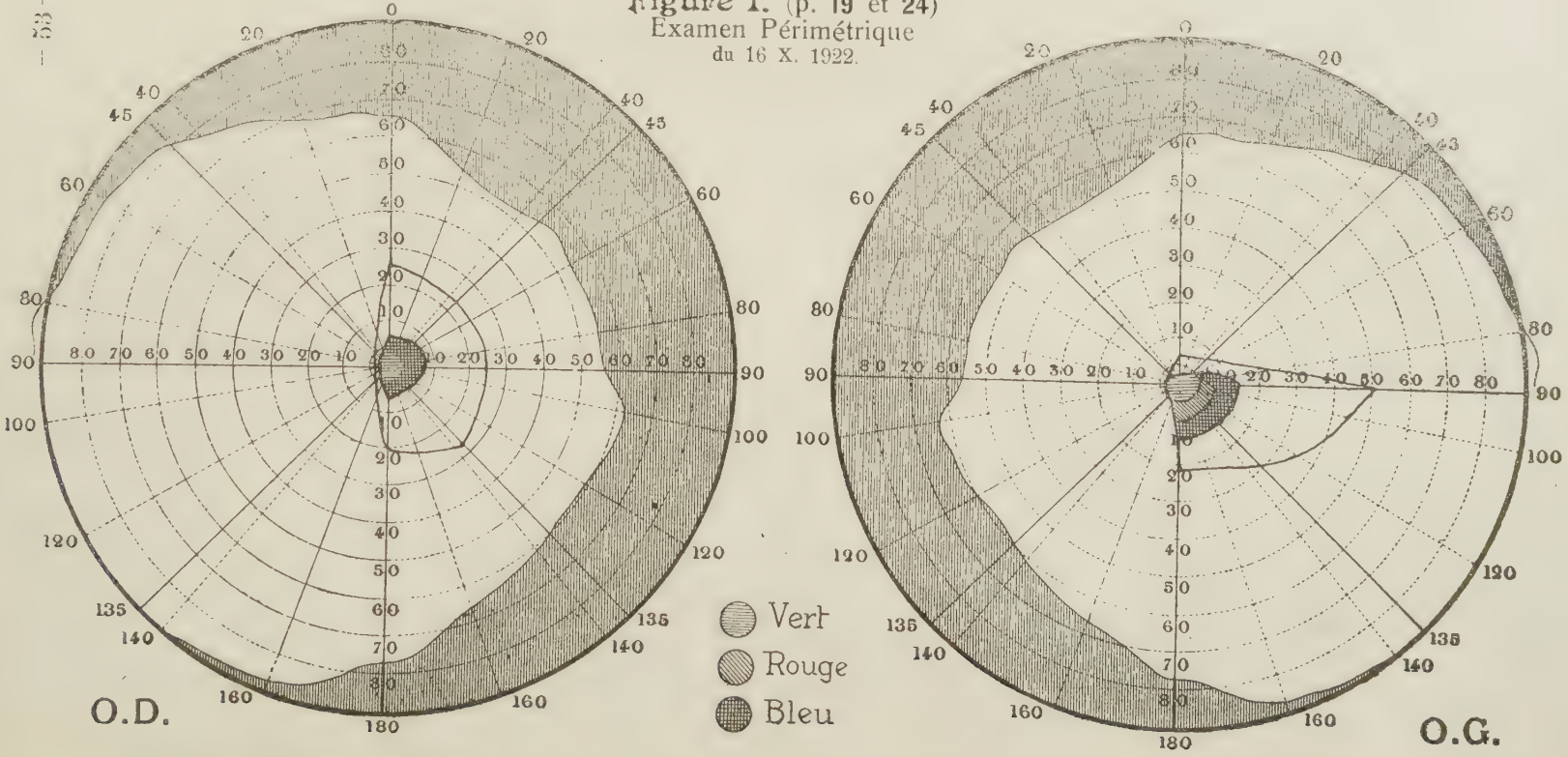



Figure I. (p. 19 et 24)
Examen Périmétrique
du 16 X. 1922.